



PSYCHIATRIE VOOR MENSEN DIE ER NIET OM VRAGEN

**NAAR EEN WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING
VAN DE OPENBARE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

C.I. MULDER

PSYCHIATRIE VOOR MENSEN DIE ER NIET OM VRAGEN

NAAR EEN WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING
VAN DE OPENBARE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Oplage	1000
Omslagfoto	Levien Willemse, Rotterdam
Ontwerp	Ontwerpwerk, Den Haag
Drukwerk	Demmenie Grafimedia, Alphen aan den Rijn

ISBN 97-8907790-64-39

© C.L. Mulder, oratiereeks Erasmus MC
14 september 2007

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j°. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprerecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB).

PSYCHIATRIE VOOR MENSEN DIE ER NIET OM VRAGEN

NAAR EEN WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING
VAN DE OPENBARE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

REDE

In verkorte vorm uitgesproken ter gelegenheid
van de aanvaarding van de bijzondere leerstoel
Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
aan het Erasmus MC, faculteit van de
Erasmus Universiteit Rotterdam
op 14 september 2007

door

C.L. MULDER

*Mijnheer de Rector Magnificus,
zeer gewaardeerde toehoorders,*

Inleiding

De laatste jaren is het steeds gebruikelijker geworden dat hulpverleners zich actief bemoeien met mensen met wie het volgens hen niet goed gaat of die voor overlast zorgen. Zo wil het Rijk en de gemeentes van de vier grote steden alle zwervers van straat halen en onder dak brengen. Dit zou desnoods onder dwang moeten gebeuren, wanneer het gaat om dakloze mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Dit heeft veel discussie opgeroepen. Wordt hier de psychiatrie gebruikt als middel om het straatbeeld te 'kuisen' en bij het bestrijden van overlast? Volgens sommigen zal dit inderdaad het geval zijn. Anderen zullen misschien enthousiast zijn omdat patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen nu eindelijk de zorg krijgen waar ze recht op hebben.

Dit is kenmerkend voor veel interventies in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, verder afgekort OGGz. Interventies die te maken hebben met bemoeien of het toepassen van drang en dwang roepen veel discussie op, vaak emotioneel geladen en sterk persoonlijk gekleurd.

Opvallend in deze discussies is het gebrek aan informatie gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Er is weinig bekend over de effectiviteit van bemoeien en van het toepassen van drang en dwang. Het is bijvoorbeeld onduidelijk wat de patiënten er zelf van vinden, enige tijd nadat ze onder dwang van straat zijn gehaald en een dak boven hun hoofd hebben.

De beperkte kennis die er is lijkt bovendien nauwelijks een rol te spelen in deze debatten. De belanghebbenden gebruiken vooral argumenten van emotionele, juridische of ethische aard.

Dit tekort aan wetenschappelijke kennis in de OGGz heeft mij ertoe gebracht om onderzoek te doen op dit gebied en heeft ertoe geleid dat de bijzondere leerstoel OGGz is opgericht.

De leerstoel is ingebed in het Onderzoekcentrum O3. Dit onderzoekcentrum is een samenwerkingsverband tussen de verschillende instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) in de regio, de Gemeentelijk Gezondheidsdienst (GGD) Rotterdam Rijnmond en het Erasmus Medisch Centrum (Erasmus MC). Het doel van het onderzoekcentrum is het bevorderen van het vakgebied OGGz en het verbinden van de verschillende instellingen op het gebied van onderzoek in de OGGz.

Het vakgebied OGGz

Het vakgebied OGGz vormt een onderdeel van de openbare gezondheidszorg. Bij de OGGz gaat het om mensen met een verhoogd risico op het krijgen van geestelijke gezondheidsproblemen, of mensen die al psychische problemen hebben, maar die geen hulpvraag hebben. Dit laatste is het centrale kenmerk van de OGGz: het ontbreken van een eigen hulpvraag. De hulp wordt geboden op initiatief van anderen. Dit kunnen de gemeente zijn, een woningbouwvereniging, of de politie. De OGGz is een multidisciplinair vakgebied en maakt gebruik van methoden en kennis uit andere vakgebieden, waaronder de psychiatrie, psychologie, sociologie, epidemiologie en de neurobiologie.

Er bestaan een aantal definities van OGGz, onder andere van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV 1991) en het RIVM uit 2007. De meest volledige definitie omvat de volgende vier elementen.

Definitie van Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (RIVM 2007)

1. Opsporen van determinanten van geestelijke volksgezondheid
 2. Permanent beschikbare hulpverlening: spoedeisende psychiatrie en psychosociale opvang bij rampen
 3. Directe hulpverlening aan mensen met (dreigende) psychiatrische problemen, maar die zelf niet om hulp vragen: preventie, bemoeizorg, drang en dwang
 4. Bescherming van de samenleving (het openbare domein) tegen risico's voor overlast en gevaar, veroorzaakt door gedrag van patiënten, door middel van de toepassing van drang en dwangmaatregelen.
-

Voor het vervolg beperk ik mij tot de bemoeizorg, drang en dwang. Dit zijn OGGz activiteiten die uitgevoerd worden voor psychiatrische patiënten zonder hulpvraag.

Voor een aantal van u misschien bekend terrein, maar voor anderen niet.

Om toch een gezamenlijk uitgangspunt te hebben, introduceer ik daarom de volgende casus, met het verzoek aan u, als lezer, om zich in deze casus te verplaatsen.

“Probeer u zich eens voor te stellen dat u een bijzonder iemand bent. U woont in een flat tussen andere flatbewoners, maar u bent niet zomaar een flatbewoner. U hebt van hoger hand de opdracht gekregen om de flat te bewaken tegen mogelijke invallen van buiten en dat doet u door uw flat uit te rusten met elektronische apparatuur die eventuele signalen van een ophanden zijnde aanval kan opvangen. Deze apparatuur bestaat uit computers en televisies die u op straat gevonden hebt. Uw flat staat er vol mee. U maakt niet meer schoon en u brengt het afval niet meer weg, want dat leidt af van uw enige en belangrijkste taak: het bewaken van de flat. Dit heeft geleid tot een onaangename geur en de burens hebben hiervan melding gemaakt bij de huismeester.

De huismeester komt langs en belt aan. Op dat moment schrikt u erg. Er belt bijna nooit iemand bij u aan. Aarzelend doet u de deur open. U bent wel blij dat het de huismeester is, want dan kunt u hem over het dreigende gevaar vertellen. Hij lijkt daar weinig van te willen weten en heeft het vooral over de stank in uw huis. U begrijpt dat wel een beetje, al vind u het eigenlijk onzin, en om de lieve vrede te bewaren belooft u dat u gaat opruimen. U spreekt met de huismeester af dat het er over een paar weken beter uitziet. De huismeester is ondertussen erg geschrokken van wat hij heeft aangetroffen en hij besluit om het lokaal zorgnetwerk in te lichten”

Deze casus krijgt onder zijn vervolg, maar eerst gaan we kort in op de definitie en de functie van lokale zorgnetwerken

Lokale zorgnetwerken

Een lokaal zorgnetwerk wordt geleid door iemand van de GGD en bestaat verder uit mensen die werken bij de GGZ, de verslavingszorg, het maatschappelijk werk, de woningbouwvereniging en de politie. Lokale zorgnetwerken zijn per wijk georganiseerd. Het doel van de lokale zorgnetwerken is om vroegtijdig problemen te signaleren in de wijk en ervoor te zorgen dat er passende hulp komt. Momenteel zijn er meer dan 30 van deze lokale zorgnetwerken, in vrijwel alle wijken van Rotterdam. Ook in andere steden zijn er dit soort overlegvormen.

Vervolg casus. “Het lokale zorgnetwerk komt maandelijks bij elkaar en de eerstvolgende keer vertelt de huismeester wat hij heeft aangetroffen. De mensen

van de GGz die aan tafel zitten denken dat u mogelijk lijdt aan een psychose. Dit is een psychiatrische aandoening waarbij iemand zaken denkt of waarneemt die niet op de realiteit berusten. Het lokale zorgnetwerk spreekt met elkaar af dat een verpleegkundige van de GGz bij u langs gaat. Wanneer vervolgens een paar dagen later de verpleegkundige bij u aanbelt schrikt u opnieuw; u hebt in lange tijd niet zoveel belangstelling gehad. U doet open en bent verbaasd om een totaal onbekend persoon te zien. Die stelt zich voor als verpleegkundige van een GGz instelling, waarop u direct zegt: 'met de GGz wil ik niets te maken hebben, ik ben toch niet gek!' De hulpverlener beaamt dit, maar zegt ook dat hij zich zorgen maakt omdat het huis zo vol is. Na enige aarzeling laat u de verpleegkundige binnen. U vertrouwt het niet en besluit om over de ophanden zijnde aanval maar niets te vertellen. Daar kan de GGz toch niet bij helpen. U vraagt aan de verpleegkundige hoe het kan dat hij weet dat u zoveel computers in huis hebt, waarop hij zegt dat dit in het lokaal zorgnetwerk besproken is. U bent boos dat er over u gesproken wordt zonder dat u het weet en uiteindelijk zegt u op een dreigende en harde toon tegen de hulpverlener: 'dank voor uw goede zorgen, maar ik stel geen prijs op uw hulp'.

De verpleegkundige gaat weg. Maar wat moet hij nu doen? Moet hij over een paar dagen terugkomen met het risico eruit gegooid te worden, of moet hij het even laten rusten. Dit is het begin van de bemoeizorg."

Onder vervolgen we de casus. Eerst bespreek ik de doelgroepen die we bij de bemoeizorg, drang en dwang zoal tegenkomen.

Doelgroepen van de bemoeizorg, drang en dwang.

Zoals de persoon die net beschreven is, gaat het meestal om mensen met psychiatrische aandoeningen die tegelijkertijd ook problemen hebben op andere levensgebieden (Kwetsbaar in de Grote Stad 2004). Vaak gaat het om patiënten met een psychotische stoornis, persoonlijkheidsstoornis, of verslaving, of een combinatie daarvan. Zij hebben problemen met hun zelfzorg, lichamelijke gezondheid, er is relatief vaak sprake van een verstandelijke handicap, en er zijn problemen met geld, huisvesting en vaak ook met justitie. Deze kluwen aan problemen, samen met een onvermogen om de problemen op te lossen en samen met een gebrek aan hulpvraag, is kenmerkend voor de OGGz doelgroep.

Tenslotte zijn in de grote steden mensen van allochtone afkomst oververtegenwoordigd in de groepen bij bemoeizorg, drang en dwang en dan met name Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Ik kom daar later op terug.

Het aantal patiënten met chronisch psychiatrische aandoeningen in Nederland die geen contact hebben met een zorginstelling wordt geschat op 24.000 tot 32.000.

8.000 tot 12.000 van hen verkeren regelmatig in acute nood, dat wil zeggen dat ze bijvoorbeeld erg in de war zijn en acuut hulp nodig hebben (Gezondheidsraad 2004). Dit zijn globale schattingen. Momenteel is er geen goed onderzoek naar de precieze omvang en aard van deze doelgroepen.

Een aparte groep vormen de psychiatrische patiënten in de gevangenis, vaak ook van allochtone afkomst. Ongeveer 25% van de volwassenen in de gevangenis (Fazel & Danesh 2002) heeft een ernstige psychiatrische aandoening en onder de jeugd is dit aantal waarschijnlijk nog hoger (Vreugdenhil ea 2004). Dit betreft een groep ongeveer van 4000 mensen in Nederland. Dit is een probleem omdat deze patiënten in de gevangenis niet altijd de zorg krijgen die ze nodig hebben en ze eigenlijk in een psychiatrisch ziekenhuis thuis horen (Steel ea 2007).

Omvang doelgroepen bemoeizorg, drang en dwang (Gezondheidsraad 2004)

Patiënten met chronisch psychiatrische aandoeningen die geen contact hebben met de een zorginstelling	24.000 - 32.000
Patiënten die regelmatig in acute nood verkeren	8.000 - 12.000
Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen in de gevangenis	Ongeveer 4.000

Vervolg casus. “Hoe komt het dat u geen hulp wilt aanvaarden. U bent toch bang voor een aanval van buiten? Waarom wilt u dan geen hulp?”

In de eerste plaats ziet u de oorzaak van uw problemen vooral buiten uzelf. Wanneer de dreiging voor een aanval wordt weggenomen zijn uw problemen immers ook voorbij. Dit noemen we een gebrek aan ziektebesef. Verder kan het zijn dat u slechte ervaringen heeft met de geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld omdat u in het verleden een keer tegen uw wil bent opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis of omdat u slechte berichten over de GGz hebt gelezen (Torrey & Zdanowicz 2001). Gebrek aan ziektebesef is echter één van de belangrijkste redenen waarom mensen met psychiatrische aandoeningen geen hulp zoeken. Daarom gaan we hier nu dieper op in.

Ziektebesef

Onder ziektebesef wordt verstaan de mate waarin iemand beseft te lijden aan een psychiatrische ziekte (Hengeveld & Schudel 2006). Een soort bewustzijn van het feit dat er iets met je aan de hand is. Gebrek aan ziektebesef is meer regel dan uitzondering.

Bij patiënten met psychiatrische aandoeningen zoals psychotische stoornissen en verslaving heeft ongeveer driekwart van de patiënten geen ziektebesef (Torrey & Zdanowicz 2001).

Gebrek aan ziektebesef vloeit direct voort uit de ziekte zelf. Het is een symptoom ervan. Daarom is het nodig dat hulpverleners actief contact zoeken met deze patiënten en proberen een vorm van hulp te bieden. Meestal is hiervoor verleiding, opwekken van motivatie, bemoeizorg, of zelfs dwang nodig. De hulpverlening kan dus niet wachten tot een patiënt zonder ziektebesef gemotiveerd is om hulp te zoeken. Dat is hetzelfde als wachten tot de psychiatrische aandoening vanzelf weer over gaat en dat gebeurt bij verreweg de meeste van deze patiënten niet. Wanneer het niet lukt om bij deze patiënten een behandeling te starten dan verergert de ziekte en dit kan leiden tot ernstige complicaties, bijvoorbeeld zelfmoord, agressie naar anderen, en maatschappelijke problemen zoals dakloosheid en schulden (Torrey & Zdanowicz 2001). Hierin vindt de OGGz zijn legitimatie, namelijk bemoeizorg en het toepassen van drang en dwang ter voorkoming van de negatieve gevolgen van een gebrek aan ziektebesef.

Oorzaak van gebrek aan ziektebesef.

Dit is een erg ingewikkeld probleem en staat al lang sterk in de belangstelling. Gebrek aan ziektebesef wordt veroorzaakt door een combinatie van psychologische en neurobiologische factoren.

De psychologische oorzaak kan zijn dat iemand geneigd is zijn ziekte, bijvoorbeeld schizofrenie, te ontkennen. Deze ontkenning kan functioneel zijn om de consequenties niet onder ogen te hoeven zien en er daardoor ook minder last van te hebben (Lysaker ea 2005, Cooke ea 2007). Het onderzoek hierover laat schijnbaar tegenstrijdige resultaten zien.

Sommige studies laten zien dat meer ziektebesef geassocieerd is met een betere prognose van psychotische stoornissen, dat wil zeggen minder psychotische symptomen en beter functioneren. In andere studies daarentegen is een verband gevonden tussen meer ziektebesef en het hebben van minder hoop en minder tevredenheid met het leven. Dit wordt ook wel de 'insight paradox' genoemd (Lysaker ea 2007). Dus ziektebesef is aan de ene kant geassocieerd met een betere prognose en aan de anderen kant met meer somberheid.

De tweede oorzaak van gebrek aan ziektebesef betreft een neurobiologische oorzaak. Bij patiënten met psychotische stoornissen bijvoorbeeld, is een gebrek aan ziektebesef geassocieerd met stoornissen in de hersenfuncties (Sapara ea 2007). Het betreft hier zowel stoornissen in de hersenfuncties die betrokken zijn bij het cognitief functioneren als in hersenfuncties betrokken bij de emoties.

Stoornissen in het cognitief functioneren zijn bijvoorbeeld problemen met het helder kunnen nadenken en je eigen toestand kunnen beoordelen. Hierbij zijn er stoornissen in de voorste gebieden van de hersenen, de frontaal gebieden. Deze stoornissen leiden ertoe dat iemand niet in staat is om zijn eigen toestand goed te beoordelen. Een stoornis in de emoties is bijvoorbeeld het zeer angstig reageren op onschuldige gebeurtenissen. Dit komt voor bij een verstoring in de middelste hersengebieden, de amygdala (Aleman ea 2006).

Tenslotte kan de verbinding tussen deze twee gebieden gestoord zijn waardoor deze hersengebieden niet goed communiceren en het ziektebesef verstoort raakt.

Gebrek aan ziektebesef wordt dus veroorzaakt door een combinatie van psychologische en neurobiologische oorzaken, maar hierover is nog veel onbekend. Twee van onze promovendi doen onderzoek naar het fenomeen “gebrek aan ziektebesef”.

Al deze onderzoeken zijn van groot belang om meer kennis te krijgen over de oorzaken van gebrek aan ziektebesef, de consequenties voor het beloop van de ziekte en wat we eraan kunnen doen om dit te beïnvloeden.

Tot zover over ziektebesef. Het fenomeen dat patiënten zonder ziektebesef niet om hulp vragen is al lang bekend en in het verleden is men hier op verschillende manieren mee omgegaan. Daarom wil ik kort met u spreken over de geschiedenis van de OGGz.

Geschiedenis van de OGGz

Indrukwekkende verhalen over de geschiedenis van de OGGz staan te lezen in het proefschrift van Akkermans met de titel: ‘Aanspoelen aan de Achtergracht’ waarin zij verslag doet van dossiers aangelegd door de Amsterdamse GGD in de periode 1933 tot 1988 (Akkermans 2006). Zo heeft in de dertiger jaren de Amsterdamse psychiater en hoogleraar Arie Querido een belangrijke stempel gedrukt op de Nederlandse OGGz. Hij was actief in Amsterdam als eerste rijdende psychiater in dienst van de GGD. Querido en zijn collega's gingen op huisbezoek bij psychiatrische patiënten die opgenomen waren geweest (Querido 1970). Destijds had dit vooral tot doel om een heropname te voorkomen. Zij noemden dit de nazorgdienst. Er waren te veel patiënten opgenomen en dit kostte de gemeente Amsterdam teveel geld. Akkermans beschrijft de verschuiving van opvangtaken vanuit de GGD, veelal ingebed in de armenzorg, naar opvang en behandeltaken door RIAGG.

In de jaren zestig en zeventig was er de beweging van de anti-psychiatrie waarbij de autonomie van de patiënt centraal stond (Gijswijt-Hofstra & Oosterhuis 2005). Iemand had recht op zijn eigen beslissingen, ook wanneer het niet goed ging. Deze opvatting heeft tot in de jaren negentig de boventoon gevoerd. Dit heeft er mede toe geleid dat de RIAGG en de jaren daarna niet altijd de verantwoordelijkheid nam voor wat ‘moeilijke patiënten’ genoemd werden (Akkermans 2006, pag 164).

De laatste vijftien jaar is hierin een duidelijke kentering gekomen. Men zag dat bepaalde groepen patiënten niet de hulp kregen die nodig was. Nieuwe termen doken op zoals bemoeizorg, ‘verkommerden en verloederden’ en ‘zorgwekkende zorgmijders’.

De Gezondheidsraad schreef daarom in 2004 in een rapport dat ‘het respect voor de vrijheid van handelen niet de enige leidraad kan zijn in de hulpverlening aan psychiatrische patiënten in nood’ en, ‘het belangrijk is dat de hulpverlening actief contact legt en onderhoudt met moeilijk bereikbare patiënten’. Deze wat we noemen ‘paternalistische’ houding, die gemeengoed was voor de periode van de antipsychiatrie, is sindsdien nieuw leven in geblazen.

Vervolg casus. “Nu terug naar u als bewaker van de flat. U hebt tegen de verpleegkundige gezegd: ‘dank voor uw goede zorgen, maar ik stel geen prijs op uw hulp’. U hebt verder aan de huismeester beloofd dat u zult beginnen met het opruimen van de rommel. Maar op de een of andere manier komt u daar niet aan toe. De huismeester stelt daarom voor dit te laten doen door een schoonmaakbedrijf en hij dreigt ermee dat u uit huis wordt gezet wanneer u dit niet toelaat. Schoorvoetend gaat u daarmee akkoord en enkele dagen later staat er een schoonmaakploeg voor de deur. Maar wanneer zij beginnen met het weghalen van uw bewakingsapparatuur besluit u hen weg te sturen. De huismeester is erg teleurgesteld en schakelt opnieuw de verpleegkundige in. Samen met een collega die gespecialiseerd is in huisvervuiling komt die langs. Wanneer u hen ziet wordt u opnieuw boos en roept ‘Ik wil geen gratis zorg’. Hierop zegt de verpleegkundige dat ze ook helemaal geen zorg komen bieden, maar u willen helpen bij het opruimen. U begint uit te leggen dat u dat niet wilt omdat u anders uw beveiligingsapparatuur kwijt raakt. Nadat de verpleegkundige heeft uitgelegd dat ze alleen het vuil weghalen besluit u om hen binnen te laten. Tijdens het opruimen vertelt u over de ophanden zijnde aanval en dat u daar erg bang voor bent. De verpleegkundige stelt voor dat de psychiater eens meekomt om te kijken of hij iets kan doen aan de angst en u wilt wel eens met hem kennis maken. Misschien heeft hij iets tegen de angst.”

Bemoeizorg

Zo zien bemoeizorgactiviteiten er vaak uit. Langzaam beginnen, meestal met praktische hulp, is het devies. De kunst is om aan te sluiten bij de persoon. Maar hoe dan? Het is bijvoorbeeld de vraag hoe lang we door moeten gaan met het geven van alleen praktische hulp en wanneer we bijvoorbeeld ook de psychiatrische problemen zouden kunnen proberen te bespreken. Soms moeten we dit helemaal niet proberen te doen, want dan lopen we kans het contact verliezen (Tam 2007). Soms lukt het niet om contact te krijgen, het enige wat we dan kunnen doen is af en toe langs gaan en door de brievenbus of door het raam contact te zoeken, op het gevaar af van stalking beschuldigd te worden. Recent is dit ook gebeurt. Een persoon bij wie het vermoeden bestond op een

psychiatrische aandoening heeft een rechtszaak aangespannen tegen hulpverleners van het bemoeizorgteam, nadat die een aantal keren hadden geprobeerd om contact te zoeken. Aangezien er een gegrond vermoeden was dat het niet goed ging met deze persoon en er bovendien klachten waren met betrekking tot overlast, heeft de rechter de persoon niet in het gelijk gesteld. De reden was dat het bemoeizorgteam handelde vanuit OGGz verantwoordelijkheid en steeds binnen de wettelijke grenzen is gebleven.

Contact zoeken met mensen die niets met de hulpverlening te maken willen hebben is niet eenvoudig. Wat hier wel en niet werkt weten we niet we staan hier aan het begin van onderzoek naar effectieve methodieken. Het is ook de vraag wat de grenzen zijn van de bemoeizorg en wanneer bemoeizorg over gaat in bemoeizucht. Tot nu toe varen we op algemeen geldende ethische principes zoals goed hulpverlenerschap, het recht op weldoen en ervoor te zorgen dat de intensiteit van de bemoeizorg in verhouding staat tot de ernst van de problemen; dit noemen we het principe van de proportionaliteit. Wanneer het helemaal niet lukt om contact te krijgen, terwijl we goede redenen hebben om te denken dat de situatie zeer zorgwekkend is, bijvoorbeeld omdat we vermoeden dat de persoon een einde aan z'n leven wil maken of dat hij grote overlast veroorzaakt, dan kunnen we met dwang ingrijpen. Ik kom hier later op terug.

De inmiddels wijd verbreide term bemoeizorg is geïntroduceerd door Henry Henselmans in 1993 (Henselmans 1993). Zoals eerder gezegd bestond bemoeizorg voor die tijd ook al, maar dit werd nog niet zo genoemd. Bemoeizorg is geen beschermde term en kan er in de praktijk heel verschillend uitzien. Bemoeizorg kan bijvoorbeeld door teams geleverd worden die in dienst zijn van de GGD. Deze teams zijn vooral gericht op het signaleren en vinden van patiënten er ervoor te zorgen dat hulpverleningsinstellingen met deze patiënten aan de slag gaan.

De meeste bemoeizorgteams zijn in dienst van de geestelijke gezondheidszorg. Ook deze teams zijn heel verschillend. Hier wreekt zich dat er in Nederland geen richtlijn bestaat voor bemoeizorg. Dit komt omdat er in Nederland nog onvoldoende bekend is over wat goede vormen van bemoeizorg zijn. Het onderzoek hierover in Nederland staat nog in de kinderschoenen.

Assertive Community Treatment

Er is de afgelopen twintig jaar in het buitenland veel onderzoek gedaan naar de effecten van diverse vormen van bemoeizorg, maar vooral naar de effecten van een bepaalde vorm van bemoeizorg, namelijk Assertive Community Treatment, afgekort ACT. Letterlijk vertaald betekent Assertive Community Treatment ´assertieve behandeling in de gemeenschap´, een vorm van bemoeizorg waarbij de omgeving sterk betrokken wordt.

Omdat ACT inmiddels in Nederland een grote vlucht heeft genomen en het een zeer goed uitgewerkt model is wil ik hier met u iets dieper op ingaan.

Sterk samengevat bestaat ACT uit een multidisciplinaire teamaanpak, waarbij de teamleden samenwerken rondom een bepaalde patiënt. Het gemiddelde aantal patiënten per hulpverlener is relatief laag, ongeveer 10 patiënten, zodat intensieve hulp kan worden geboden. ACT wordt daarom ook wel de ambulante kliniek genoemd. Deze intensiteit is nodig om behandeling te kunnen bieden op alle levensgebieden, zoals hulp bij psychiatrische problemen, maar ook bij verslaving, financiële problemen, en woonproblemen. Dit noemen we integrale bemoeizorg. Wanneer deze sociaal maatschappelijke problemen niet worden opgelost heeft dat een negatieve invloed op het beloop van de psychiatrische ziekte. Medewerkers van het ACT team zoeken de patiënten op. Bij hen thuis, op straat of bij opvanginstellingen voor dak- en thuislozen. Wanneer dat nodig is begeleiden ze de patiënt, bijvoorbeeld voor het regelen van een uitkering of het aanvragen van schuldsanering. Dit gebeurt om ervoor te zorgen dat patiënten ook daadwerkelijk gebruik maken van bestaande voorzieningen (Mulder & Kroon 2005), zoals de kredietbank of Sociale zaken en werkgelegenheid.

Kenmerken van Assertive Community Treatment (ACT)

1. Welomschreven doelgroep: patiënten met ernstige en chronische psychiatrische stoornissen en problemen op meerdere levensgebieden, (met periodes) zonder ziektebesef en die niet (in staat zijn) zelf om hulp (te) vragen.
 2. Multidisciplinair team
 3. Gehele team ingeschakeld bij de zorg aan een patiënt
 4. Ongeveer 10 patiënten per hulpverlener
 5. Behandeling (bemoeizorg) op alle levensgebieden
 6. Zorg op de plaats waar de patiënt zich bevindt
 7. Zo min mogelijk werk uitbesteden aan andere instellingen
 8. Zorg langdurig beschikbaar, gericht op herstel, met in acht nemen van de mogelijkheden/beperkingen van de patiënt
-

Het team besteedt zo min mogelijk uit aan andere hulpverleningsinstellingen zoals de verslavingszorg of het maatschappelijk werk. De reden hiervoor is dat anders de kans groot is dat er dingen misgaan. De hulpverlening raakt versnipperd, men werkt

langs elkaar heen en er vallen gaten. De kranten berichten hier regelmatig over, zoals bijvoorbeeld in het geval van het 'Maasmeisje' (bijvoorbeeld in Trouw, 18-5-2007: 'Maasmeisje': hulpverleners werkten jaren langs elkaar heen). Dit betrof een situatie waarbij een meisje van 13 jaar op gruwelijke wijze vermoord is en waarbij het lijk in de rivier de Maas gevonden werd. De vader wordt van de moord verdacht. Er was al langere tijd sprake van hulpverlening aan vader en dochter en diverse instanties maakten zich zorgen om het welzijn van het meisje. Versnippering van hulpverlening is in Nederland een groot probleem (Schout 2007). ACT kan helpen om deze versnippering op te heffen. In een onderzoek naar de meest werkzame effecten van 'zorg aan huis' (waaronder ook ACT valt) bleek dat het bieden van integrale zorg en zo weinig mogelijk zorg uitbesteden één van de meest werkzame ingrediënten was voor wat betreft het voorkomen van opnames in een psychiatrisch ziekenhuis (Burns ea 2006).

Effecten van ACT

Het meeste onderzoek naar de effecten van ACT is gedaan in Amerika in de negentiger jaren. Daar bleek ACT effectiever dan de bestaande zorg. In de Europese studies die daarop volgden konden deze positieve resultaten over het algemeen niet worden bevestigd. De reden hiervoor is waarschijnlijk dat de bestaande zorg in Amerika slechter is dan in Europa, waardoor het in Amerika makkelijker was om een meerwaarde van ACT aan te tonen (Mulder & Kroon 2005; Petersen ea 2005).

In Nederland zijn twee studies gedaan naar de effecten van ACT en er zijn enkele lopende studies. In een studie in Winschoten vergeleek men ACT met de gebruikelijke zorg. Men vond dat de patiënten in het ACT-team beter in zorg bleven dan de patiënten die de gebruikelijk zorg ontvingen. Dit is een belangrijk resultaat omdat het nogal eens voorkomt dat patiënten zich aan zorg onttrekken en dan geen hulp meer krijgen (Sytema ea 2007). Met behulp van ACT lijkt het dus mogelijk om patiënten beter te binden dan met de gebruikelijk vorm van zorg.

In een studie in Maastricht bleek dat patiënten na behandeling door een ACT-team significant minder symptomen kregen (Bak ea 2007), dan zonder een ACT benadering. Op dit moment is het wetenschappelijk bewijs voor de effecten van ACT in Nederland beperkt. We weten niet of ACT effectiever is dan andere vormen van bemoeizorg. Ook weten we niet of het noodzakelijk is om ACT aan te bieden op de manier waarop het oorspronkelijk is ontwikkeld, of dat varianten van ACT net zo effectief zijn (Veldhuizen 2007).

Behalve voor volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen is ACT misschien ook geschikt voor ander doelgroepen zoals jeugdigen, ouderen en forensische patiënten. Er ligt hier een onderzoeksprogramma te wachten op uitvoering.

Vervolg casus. “Hoe gaat het ondertussen met u? U bent gaan nadenken nadat de verpleegkundige weg is gegaan. Hij had gezegd dat hij de psychiater bij het volgende bezoek mee wil nemen. Dit gaat niet goed zo. Het begint met het weghalen van het vuil, maar de volgende keer gaan ze vast meer meenemen. U vertrouwt het niet meer. Wanneer de verpleegkundige een paar dagen later inderdaad samen met de psychiater langskomt en weer aanbelt, doet u de deur open en zegt op harde en dreigende toon ‘ga weg en kom niet meer terug, ik wil jullie niet meer zien en zeker niet zo’n ‘psyche-hater’.

De dagen daarop krijgt u signalen dat de aanval nu ieder moment kan plaatsvinden. U wordt steeds angstiger. U komt het huis niet meer uit, doet geen boodschappen meer en eet alleen nog uit de voorraad blikjes. U doet voor niemand meer open en de huismeester en de verpleegkundige staan telkens voor een dichte deur. Omdat de stank toeneemt besluit de huismeester een uitzettingsprocedure te starten om u uit huis te krijgen, maar dat kan nog wel een paar maanden duren. De burens en de huismeester zien u in deze maanden niet meer buiten en ze beginnen zich zorgen te maken over uw gezondheid. Ook de verpleegkundige en de psychiater beginnen zich steeds meer zorgen te maken. Na overleg met de andere leden van het bemoeizorgteam vragen zij aan de politie om het huis binnen te treden.

Wanneer de politie de deur forceert zien zij u zitten. U kijkt naar angstig naar beneden. De psychiater spreekt u aan, maar u weigert met hem te praten. De politie legt u uit waarom ze binnen zijn gekomen, maar u begrijpt hen niet. U zegt niets terug. U ziet er slecht uit en bent vermagerd. U herkent de verpleegkundige en opeens hebt u het door. Hij is het die u heeft verraden. U springt op en probeert de verpleegkundige aan te vallen. De verpleegkundige duikt net op tijd weg en de politie grijpt in zodat de verpleegkundige niets overkomt.

Vervolgens neemt de politie U mee naar het bureau en wordt u beoordeeld door de crisisdienst van de GGZ om eventueel onder dwang te worden opgenomen.”

Dwang

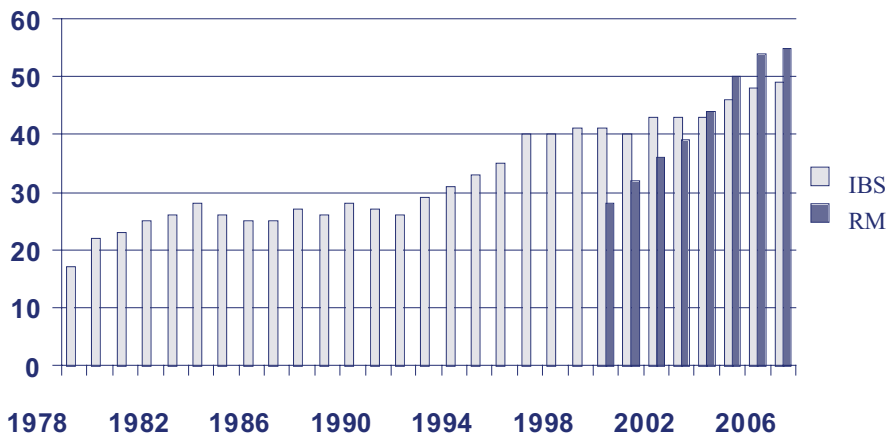
Wat is dwang? Er is sprake van dwang wanneer er geen keuzevrijheid meer is voor de patiënt is om iets te doen of te laten (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1997). Het toepassen van dwang is niet van de laatste jaren. De psychiatrie vond zelfs zijn oorsprong in de negentiende eeuw in het opsluiten en verplegen van mensen die zich vreemd of gevaarlijk gedroegen.

Wetenschappelijk onderzoek naar de toepassing en de effecten van dwang is schaars. Dit is bijzonder omdat dwang steeds vaker wordt toegepast. De toepassing van dwang is een medische interventie, waarvan we de werking en de bijwerkingen moeten kennen.

Vergelijk interventies zoals psychotherapie of medicatie. Zolang we de werking en de bijwerkingen van dwang niet goed kennen, weten we niet goed wat we doen.

Vijf van onze promovendi werken aan projecten over dwang. Hierbij gaat het om onderzoek naar aantallen dwangtoepassingen, risicotaxatie, de effecten van dwang en maatregelen om dwang te voorkomen. In deze volgorde wil ik kort de stand van het onderzoek doornemen

a. Aantallen dwangopnames. Het aantal dwangopnames in Nederland neemt sterk toe. We kennen acute dwangopnames, zogenaamde inbewaringstellingen (IBS) die in crisissituaties plaats vinden en geplande dwangopnames, zogenaamde rechterlijke machtigingen, wanneer het langere tijd slecht gaat met een patiënt. Er zijn nog nooit zoveel mensen onder dwang opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis als in 2006, in totaal 17057 patiënten (Bron: Inspectie voor de Volksgezondheid, Den Haag). We spreken daarom over een epidemie van dwangopnames.



Figuur 1: Aantallen inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen per 100.000 inwoners in Nederland van 1978 tot en met 2006

U ziet een stijging van het aantal IBS-en en een nog sterkere stijging van het aantal rechterlijke machtigingen. Wanneer deze ontwikkeling zo doorgaat moeten we waarschijnlijk opname afdelingen bijbouwen en de opnameduur sterk verkorten.

Goed wetenschappelijk onderzoek naar de redenen voor deze toename ontbreekt. Het zijn waarschijnlijk meerdere redenen tegelijk zoals meer aandacht voor veiligheid,

een meer paternalistische houding van overheid, hulpverleners, psychiaters en rechters (Mulder & van Hemert 2005; Mulder ea 2005a; 2006a; Mulder 2006; Mulder & Tielens, in druk). Tenslotte lijkt het erop dat het drugsgebruik onder psychiatrische patiënten is veranderd, dat wil zeggen dat steeds meer patiënten drugs als cocaïne en amfetaminen gebruiken, waardoor extra gedragsproblemen optreden en gedwongen opname vaker nodig is.

Het is de vraag of de stijging van dwangopnames een goede of een slechte ontwikkeling is. Patiëntenverenigingen vinden bijvoorbeeld de stijging van het aantal dwangopnames verontrustend, terwijl familieorganisaties ook de positieve kant ervan benadrukken. Zij vinden dat deze toename erop duidt dat patiënten minder aan hun lot worden overgelaten.

Er bestaan ook grote internationale verschillen in aantallen dwangopnames. Portugal heeft het laagste aantal dwangopnames, 6 per 100.000, Nederland neemt met 104 dwangopnames per 100.000 inwoners in Europa een middenpositie in en Finland heeft het hoogste aantal, namelijk 218 per 100.000 inwoners, twee keer zoveel als in Nederland (Salize & Dressing 2005). Het is onduidelijk hoe betrouwbaar deze getallen zijn, maar dat er grote internationale verschillen zijn is duidelijk. Waardoor deze verschillen veroorzaakt worden is een van de onderwerpen van ons onderzoek.

Behalve verschillen tussen landen in aantallen dwangopnames zijn er ook verschillen tussen bevolkingsgroepen. Patiënten van Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst blijken twee tot vier keer zo vaak onder dwang te worden opgenomen dan mensen van Nederlandse afkomst. Mogelijk komt dit omdat deze mensen vaker een psychotische stoornis hebben of omdat hulpverleners hen vaker als gevaarlijker beoordelen (Mulder ea 2006b).

b. Risicotaxatie. Over de noodzaak voor het toepassen van dwang kunnen de meningen tussen psychiaters onderling en rechters onderling verschillen. Dit kan leiden tot rechtsongelijkheid bij patiënten.

Er bestaan tot nu toe geen goede beoordelingsinstrumenten die ons hierbij kunnen helpen. Er is bijvoorbeeld grote behoefte aan een instrument waarmee we in maat en getal kunnen uitdrukken hoe groot het gevaar is wat iemand voor zichzelf of een ander vormt: dit noemen we risicotaxatie instrumenten. Dergelijke instrumenten bestaan er wel in de forensische psychiatrie, maar deze zijn niet zomaar toepasbaar in de rest van de psychiatrie. Momenteel proberen we bij O3 dergelijke instrumenten te ontwikkelen (Mulder ea 2005c).

c. Effectiviteit van dwangopnames. Eenmaal onder dwang opgenomen is de vraag hoe dit uitpakt. Uit twee recente overzichten blijkt dat meer dan 75% van de patiënten verbetering laten zien in hun klinische symptomen.

Verder blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten achteraf baat zegt te hebben gehad bij de dwangopname, maar de andere helft dus niet (Katsakou & Priebe 2006; Ven-Dijkman ea 2006). Tot nu toe valt niet goed te voorspellen welke patiënten achteraf zullen zeggen dat ze voordeel hebben gehad bij een dwangopname. Een van onze promovendi doet onderzoek hiernaar.

Voorlopige resultaten van dit onderzoek wijzen uit dat vooral patiënten met enig ziektebesef achteraf een dwangopname nuttig vinden, en dat de groep zonder ziektebesef zich tegen een dwangopname blijft keren.

d. Voorkomen van dwangopnames. Voorkomen is beter dan genezen en dat geldt zeker voor een dwangopname. Er bestaan hiervoor verschillende manieren. In wijken waar bijvoorbeeld lokale zorgnetwerken actief zijn, bleken minder patiënten gedwongen opgenomen te worden (Wierdsma ea 2007).

Verder is goede bemoeizorg misschien een manier, maar hierover bestaat merkwaardig genoeg vrijwel geen onderzoek.

Er zijn ook nog enkele andere mogelijke methodes om dwangopnames te voorkomen. Bijvoorbeeld door het verhogen van therapietrouw bij de behandeling en het innemen van medicatie. In de praktijk blijkt het innemen van medicatie bij 75% van de patiënten een groot probleem, waardoor het risico op een dwangopname vergroot wordt (Staring ea 2006). Een andere methode is het maken van een plan om aankomende crisissen eerder te herkennen en te voorkomen. Hierover doen we onderzoek samen met het basisberaad, een organisatie voor de vertegenwoordiging van de patiënten.

e. Dwang op opnameafdelingen

Vervolg casus “De crisisdienst van de GGz komt langs op het politiebureau en besluit in overleg met de burgemeester dat U gedwongen moet worden opgenomen. De ambulance vervoert u naar het dichtstbijzijnde psychiatrisch ziekenhuis. In het ziekenhuis verzet u zich hevig en wilt wegllopen. Hierop pakt de verpleging u beet en brengt u naar een speciale ruimte, de separeer cel. Eenmaal daar aangekomen krijgt u van de arts een injectie en een half uur later valt u in slaap.”

Het gebruik van een separeer cel komt veel voor, ongeveer bij een derde van de patiënten (Stolker ea 2003) en in totaal in ongeveer 20.000 keer per jaar in Nederland (Lendemeijer ea 2005, mondelinge communicatie). Dit heeft vooral tot doel het hanteren van agressief gedrag, zodat rust en veiligheid op de afdelingen worden gehandhaafd.

In Nederland wordt veel meer gesepareerd dan in andere landen. In veel Europese landen is separatie afgeschaft of tenminste sterk teruggedrongen (Van der Werf 2004). De laatste jaren is er in Nederland een algemeen gevoelde behoefte ontstaan om het aantal separaties terug te dringen. Dit is mede gebaseerd op de traumatische ervaringen van patiënten door separatie (Meyer ea 1999; Frame & Morrison 2001). Daarom is in 2005 15 miljoen Euro beschikbaar gesteld om het aantal separaties met minmaal 10% per jaar te verminderen en lopen er projecten in 35 GGz instellingen, waaronder enkele instellingen in onze regio. In 2010 zal bekend worden of dit gelukt is.

Vervolg casus “Inmiddels bent u wakker geworden en een stuk rustiger. De verpleging brengt u naar uw kamer. U weigert om verder medicatie te gebruiken. De inbewaringstelling verloopt na drie weken. De psychiater op de afdeling besluit om een verlenging van de dwangopname aan te vragen door middel van een rechterlijke machtiging. Hiervoor moet een onafhankelijk psychiater worden ingeschakeld om te beoordelen of aan de criteria is voldaan. De onafhankelijk psychiater vindt echter het gevaar niet erg genoeg en bovendien zegt hij dat wanneer u ervoor kiest om zich thuis op te sluiten, dit uw beslissing is.”

Dit komt vaker voor in de psychiatrie; zoals al eerder aangeven kunnen psychiaters onderling verschillen van mening over de ernst van het gevaar en de noodzaak voor dwangopname. Daarom kunnen risicotaxatie instrumenten nuttig zijn omdat hierdoor de ernst van het gevaar meer geobjectiveerd wordt. Ook rechters onderling verschillen soms van mening. Heel soms is de rechter het met de psychiater niet eens, maar dit komt slechts zelden voor.

Vervolg casus “U verlaat vervolgens onbehandeld het ziekenhuis. Wat zal er nu gebeuren? Doordat de psychose niet weg is, bestaat er een grote kans dat u niet gaat opruimen en dat de geschiedenis zich gaat herhalen. Dit gebeurt ook; u laat de mensen van het bemoeizorgteam niet binnen en ruimt niet op. Hierop herhaalt de geschiedenis zich; na enige maanden treedt de politie weer binnen en gaat u terug naar het psychiatrisch ziekenhuis. Eenmaal op de afdeling staat men voor hetzelfde probleem: u wilt niet behandeld worden, terwijl een behandeling de enige manier is om deze vicieuze cirkel te doorbreken. Ook moet er weer een onafhankelijk psychiater komen voor de beoordeling van de noodzaak voor een rechterlijke machtiging.

Er zijn nu een aantal scenario's mogelijk: één scenario is dat u een rechterlijke machtiging en dwangbehandeling krijgt. Dan is de kans groot dat de psychose verbetert en de vicieuze kan worden doorbroken. Een ander scenario is dat dwangbehandeling niet wordt gestart en dan kan de patstelling niet worden doorbroken. Deze patstelling kwam de afgelopen jaren vaak voor en was een groot probleem. Binnenkort wordt waarschijnlijk een nieuwe wet van kracht die dit gaat regelen; bij uitzichtloos

verblijf op de afdeling, wanneer de reden voor het optreden van het gevaar niet kan worden weggenomen, in dit geval de psychose, wordt het dan eerder mogelijk om dwangbehandeling te starten.”

Tot zover de casus en een aantal dilemma's bij bemoeizorg en het toepassen van dwang. Soms blijven dit soort schrijnende situaties jaren voortbestaan, tot wanhoop van de familie en omwonenden. In de toekomst hoop ik dat we beter in staat worden gesteld om met dit soort situaties om te gaan, bijvoorbeeld via de bovengenoemde wet, of beter nog, door het vervangen van de huidige wet door een nieuwe wet waarin behandeling voorop staat. In de huidige wet gaat het vooral om het goed regelen van de voorwaarden voor een dwangopname, maar in een nieuwe wet zou de behandeling centraal moeten staan.

Dit brengt mij op het laatste onderwerp:

De toekomst van de OGGz

Eerst een algemene opmerking. OGGz, inclusief het toepassen van bemoeizorg, drang en dwang zal altijd nodig blijven. Hoe goed wij ook in staat zijn om de toegang tot de gezondheidszorg te regelen, er zullen altijd patiënten blijven die geen hulp willen.

Wanneer we ons deze wetmatigheid realiseren kunnen we bemoeizorg, drang en dwang een structurele plaats geven en maatregelen nemen om dwang zoveel mogelijk te voorkomen. Om dit te realiseren zijn een viertal zaken nodig. Ten eerste een passende financiering, ten tweede bemoeizorg als vorm van reguliere behandeling, ten derde de werkzaamheid van bemoeizorg vergroten en tenslotte de mogelijkheden voor drang en dwang buiten het ziekenhuis uitbreiden.

Voorwaarden om bemoeizorg een structurele plaats te geven

1. Passende financiering voor uitvoering van bemoeizorg
 2. Bemoeizorg tot standaard aanbod van de GGz maken
 3. Werkzaamheid van bemoeizorg onderzoeken en verbeteren
 4. Mogelijkheden voor drang en dwang buiten het ziekenhuis uitbreiden, bijvoorbeeld door het meer inzetten van bewindvoering en curatele voor wilsonbekwame patiënten
-

1. Financiering borgen. Op dit moment is het moeilijk om bemoeizorg kostendekkend uit te voeren. Wanneer dit zo blijft zullen instellingen minder bemoeizorg leveren en bestaat het gevaar dat patiënten zonder hulpvraag vaker onbehandeld blijven. Ze zullen weer aanspoelen bij de GGD, zoals dat ook vroeger het geval was (Priebe 2004). Ik hoop dat de overheid en de zorgverzekeraars dit niet laten gebeuren.

2. Op dit moment behoort bemoeizorg niet altijd tot het standaard aanbod van een GGz instelling. Men ziet bemoeizorg soms als tijdelijk en bedoeld om patiënten naar andere vormen van behandeling toe te leiden, zoals bijvoorbeeld een polikliniek waar patiënten op afspraak naartoe komen. Dan zou de bemoeizorg kunnen stoppen. Dit is naar mijn mening een kunstfout om twee redenen. Ten eerste omdat patiënten die eenmaal zorgmijdtend zijn geweest opnieuw zorgmijdtend kunnen worden. Ten tweede omdat het niet verstandig is om een patiënt over te dragen aan een ander wanneer het na enige tijd met moeite is gelukt om vertrouwen te winnen en een relatie op te bouwen. Juist bij deze patiënten is de kans groot dat iemand afhaakt en de bemoeizorg weer van voren af aan kan beginnen.

3. Ten derde moeten we werken aan het verbeteren van de werkzaamheid van de bemoeizorg, door werkzame interventies te vinden om de motivatie van patiënten te vergroten (Rüsch & Corrigan 2002) en om effectief hulp te kunnen bieden bij sociaal maatschappelijke problemen zoals financiële problemen en woonproblemen. Expertise op deze terreinen is nodig bij uitvoerders van de bemoeizorg, evenals samenwerking met de betreffende instanties. Wanneer we de sociaal maatschappelijke problemen van de patiënten niet aanpakken heeft dit negatieve consequenties voor het beloop van de psychiatrische ziekte.

4. Tenslotte moeten we meer doen om patiënten buiten het ziekenhuis met drang en dwang te kunnen helpen, wanneer andere methoden falen. Te denken valt aan het vaker benutten van bewindvoering en curatele voor wilsonbekwame patiënten, maar ook bijvoorbeeld aan een vorm van dagbehandeling voor het geven van dwangmedicatie.

Het uiteindelijke doel is het bereiken van maximale autonomie van de patiënt, met erkenning van zijn of haar handicaps.

Onderzoeksprogramma O3

Het Onderzoekcentrum O3 heeft een onderzoeksprogramma ontwikkeld die past bij deze doelstelling. Momenteel lopen er een tiental promotietrajecten en de komende jaren zullen we er onze handen aan vol hebben om deze projecten succesvol te laten verlopen. Kort samengevat gaat het om de volgende onderwerpen:

1. Ontwikkelen van effectieve methodieken om patiënten zonder hulpvraag te motiveren voor behandeling inclusief het verminderen van de sociaal-maatschappelijke problemen. Onderzoek naar de effecten van ACT is hier een voorbeeld van.

2. Ontwikkelen van interventies om dwangopnames te verminderen, zoals bijvoorbeeld onderzoek naar de effecten van de crisiskaart.

3. Ontwikkelen naar de mogelijkheden voor het gebruik van risicotaxatie instrumenten voor het inschatten van gevaar, met speciale aandacht voor het meten van zelfverwaarlozing en maatschappelijke teloorgang.

4. Projecten om de effecten van dwangopnames te onderzoeken.

5. Ook zullen we de komende jaren projecten starten waarin we neurobiologische aspecten van de OGGz onderzoeken.

We realiseren is dat dit een breed en ambitieus programma is. We doen het onderzoek daarom ook niet alleen. In de eerste plaats samen met onze partners in de regio, maar, afhankelijk van de vraagstelling, ook in nationale en internationale samenwerkingsverbanden.

Tenslotte eindig ik met het noemen van het werk van de recent overleden en bekende filosoof van het pragmatisme Richard Rorty. Eén van zijn stellingen die mij erg aansprak was, “wat werkt is waar”, een motto dat past bij de zoektocht naar werkzame interventies in het complexe veld van de OGGz en in de huidige tijd van de evidence-based geneeskunde.

Centrale waarden in het werk van Rorty (1989) waren een gemeenschappelijk gevoel voor het lijden van andere mensen en een afkeer van wreedheid. Naar mijn mening zijn deze waarden ook voor de OGGz en het veld van drang en dwang van centrale betekenis en vormen deze een leidraad in de zoektocht naar werkzame interventies en een menswaardige psychiatrie voor hen die er niet om vragen.

Dankwoord

Dan ben ik nu toegekomen aan het dankwoord. Zoals het werken in de OGGz een voortdurend samenwerken met alle ketenpartners betreft, zo is het ook gegaan met het tot stand komen van het Onderzoekcentrum O3 en deze bijzondere leerstoel. Het is daarom onmogelijk om iedereen hier te bedanken die hieraan bijgedragen heeft. Ik kan daarom slechts een beperkt aantal mensen noemen, maar ik realiseer me dat veel meer mensen hieraan hebben bijgedragen.

Op de eerste plaats bedank ik professor Michiel Hengeveld. Michiel, als hoofd van de afdeling psychiatrie van het Erasmus MC heeft heb je ervoor gezorgd dat het OGGz onderzoek een plaats heeft gekregen op jouw afdeling. Je hebt dit gedaan op de jouw bekende rustige en vastberaden wijze en door steeds de samenwerking te zoeken.

John Balm en Mark Reitsma, Raad van Bestuur van de voormalige GGz Groep Europoort dank ik voor het feit dat zij steeds de voorwaarden hebben geschapen voor het combineren van patiëntenzorg en onderzoek.

Rob Koning, voorzitter van de Raad van Bestuur van voormalig BavoEuropoort en Armin Voogt wil ik bedanken voor hun inzet bij het realiseren van O3 en de leerstoel. Armin, jouw bemiddelende kwaliteiten zijn onovertroffen. Hans de Veen en de andere leden van de huidige Raad van Bestuur van de ParnassiaBavo Groep dank ik dat zij het onderzoek willen voortzetten en borgen. Zoals u merkt zijn er binnen een paar jaar twee fusies geweest; wanneer het in dit tempo doorgaat ben ik benieuwd in welke organisatie ik over een aantal jaren werk.

Professor Frank Verhulst en Professor Johan Mackenbach dank ik voor hun werk bij het opzetten van het Onderzoekcentrum O3 en de bijzondere leerstoel.

Professor Marianne Donker, directeur van de GGD, ben ik erkentelijk voor haar belangrijke werk op het gebied van de OGGz in Rotterdam en haar steun voor het OGGz onderzoek. De medewerkers van de GGD bedank ik voor de inspirerende casuïstiek besprekingen. Dit is voor mij een onmisbare leerschool geweest om te weten van wat er allemaal mis kan gaan op OGGz gebied en wat goede oplossingen zijn.

Professor Willem van Tilburg dank ik voor zijn bijdrage achter de schermen voor het onderzoek bij O3 en de leerstoel.

Daarnaast dank ik mijn collega Bert-Jan Roosenschoon voor de onderzoekssamenwerking binnen BavoEuropoort. De directie van de divisie ketenzorg van BavoEuropoort, Marianne van Duijn en Anja Bouman, en ook de andere managers, teamleiders en collega's dank ik voor hun bijdrage aan het onderzoek en de flexibiliteit wanneer ik weer eens niet of te laat op een bespreking was.

Ook dank ik professor Anton Loonen van Delta Psychiatrisch Centrum, Guus Palm van Riagg Rijnmond en Wil Smith van GGZ West Noord Brabant, die het mogelijk hebben gemaakt om in een aantal promotieprojecten samen te werken.

Heel veel dank gaat uit naar de medewerkers en onderzoekers van O3, speciaal Cathrien Dieperink, Andre Wierdsma en Gerrit Koopmans, en de inmiddels meer dan 10 promovendi. Door jullie komen er antwoorden op de vragen die ons zo bezighouden.

Mijn assistente Anneke van Leeuwen dank ik omdat het haar lukt om orde te scheppen in alle activiteiten en op heldere en op voortvarende wijze zaken te regelen. Anneke, je bent onovertroffen.

Tenslotte bedank ik mijn ouders die meedenken, ondersteunen, stimuleren en kritische vragen stellen en de mensen zonder wie ik dit werk niet zou kunnen doen: Roos, Robin en Sanne. Jullie staan om mij heen en vormen de basis. Vanuit deze basis is kan ik vertrekken en weer terugkomen. Roos, mijn allerliefste vrouw, dank voor je meedenken, bijsturen en kritiek, je inzicht en wijsheid en dat je als geliefde naast mij staat.

Ik heb gezegd

Literatuur

- ¹ Akkermans C. Aanspoelen aan de achtergrond. Maatschappelijke ontwikkelingen, cliëntële vorming en de psychiatrische patiënten van de Amsterdamse GG&GD (1933-1988). Academisch proefschrift. Uitgeverij Aksant, Amsterdam 2006
- ² Aleman A, Agrawal N, Morgan KD, David AS. Insight in psychosis and neuropsychological function. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2006; 189:204-212
- ³ Bak M, van Os J, Delespaal P, de Bie A, Campo J, Poddighe G, Drukker M. An observational, 'real life' trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service outcome criteria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2007; 42:125-130
- ⁴ Burns T, Catty J, Wright C. Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113(suppl. 429):33-35
- ⁵ Cooke M, Peters E, Fannon D, Anilkumar AP, Aasen I, Kuipers E, Kumari V. Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2007; 94:12-22
- ⁶ Fazel S & Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners. A systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359:545-550
- ⁷ Frame L & Morrison AP. Causes of posttraumatic disorder in psychotic patients. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:305-306
- ⁸ Gezondheidsraad. Rapport 'Noodgedwongen'. Zorg voor niet opgenomen acute psychiatrische patiënten. Den Haag, 2004
- ⁹ Gijswijt-Hofstra M & Oosterhuis H. Comparing National Cultures of Psychiatry. Introduction. In: *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*, page 17. Gijswijt-Hofstra M, Oosterhuis H, Vijaelaar J, Freeman H. eds. Amsterdam University Press 2005
- ¹⁰ Hengeveld MW & Schudel WJ. Het psychiatrisch onderzoek. 3e druk. De Tijdstroom, Utrecht, 2006
- ¹¹ Henselmans H. Bemoeizorg. Ongevraagde hulp voor psychotische patiënten. Proefschrift, Eburon, Delft, 1993
- ¹² Katsakou C & Priebe S. Outcomes of involuntary admissions - a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 114:232-241
- ¹³ Kwetsbaar in de Grote Stad. Rapport van de werkgroep GGZ G4, Rotterdam, 2004
- ¹⁴ Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, awareness of illness and coping in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; 193: 287-292
- ¹⁵ Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin* 2007; 33:192-199
- ¹⁶ Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Aijala A, Helenius H. Posttraumatic stress disorder related to psychosis and acute involuntary hospitalisation in schizophrenic and delusional patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:343-352
- ¹⁶ Mulder CL. Epidemie van dwangopnames anno 2005. *Journaal GGZ en Recht* 2005a; 8:155-158
- ¹⁷ Mulder CL, Koopmans GT, Hengeveld MW. Determinants of treatment motivation in emergency psychiatry patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005b; 40(6): 484-488

- ¹⁸ Mulder CL, Koopmans GT, Lyons JL. Determinants of indicated versus actual level of care in psychiatric emergency services. *Psychiatric Services* 2005c; 56:452- 457
- ¹⁹ Mulder CL, Kroon H. Effecten van ACT. In: Mulder CL, Kroon H (Eds.) *Assertive Community Treatment*. Wetenschappelijke Uitgeverij Cure & Care Publishers, ISBN 90 76754 44 6, Wageningen, 2005
- ²⁰ Mulder CL, Hemert AE. Epidemiologie van de acute psychiatrie. In: *Handboek Spoedeisende Psychiatrie*. Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM (redactie), pag. 25-41, Uitgeverij Benecke N.I., Amsterdam 2006
- ²¹ Mulder CL, Broer J, Uitenbroek D, Marle P van, Hemert AM van, Wierdsma AI. Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2006a; 150:319-322
- ²² Mulder CL, Koopmans GT, Selten JP. Dangerousness and Ethnicity as Risk Factors in Emergency Psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 2006b; 188:386-391
- ²³ Mulder CL. De epidemie van dwangtoepassingen in de psychiatrie. In: Mulder CL, Snijedewind A (redactie). *De Epidemie van dwangopnames in de psychiatrie*. ISBN 90 77322-22-1, Badhoevedorp 2006
- ²⁴ Mulder CL & Tielens JAE. Opvattingen over maatschappelijke teloorgang en zelfverwaarlozing beïnvloeden keuze voor dwangopname. In druk in *Tijdschrift voor Psychiatrie*
- ²⁵ Noodgedwongen. Zorg voor niet opgenomen acute psychiatrische patiënten. Rapport van de Gezondheidsraad, 2004
- ²⁶ NRV, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) 1991.
- ²⁷ Nijman HL. Aggressive behaviour on an acute psychiatric admissions ward. *European Journal of Psychiatry* 1997; 11:106 – 114
- ²⁸ Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Ohlenschlaeger J, Ostergaard-Christensen T, Krarub G, Jorgensen P, Nordentoft M. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005;331:586-587
- ²⁹ Priebe S. Psychiatry in the future. Where is mental health care going? A European perspective. *Psychiatric Bulletin* 2004; 28:315-316
- ³⁰ Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, Turner R, Wiersma D. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005;330:23-126
- ³¹ Querido A. The shaping of community mental health care. Address on the annual meeting of the Royal Medico-Psychological Association, Londen, 1967. *The Brit J Psychiatry* 1968. In: *Werk in Uitvoering*, pag. 236-253. Een keur uit de geschriften van prof.dr. A. Querido. Stenfert Kroese N.V. Leiden, 1970
- ³² Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Beter (z)onder dwang*. Zoetermeer, 1997
- ³³ RIVM. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. *Nationaal Kompas Volksgezondheid* 2007
- ³⁴ Rorty R. *Consequences of pragmatism*. University of Minnesota Press, 1982
- ³⁵ Rüsch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehal J* 2002; 26:23-32
- ³⁶ Salize HJ & Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry* 2005; 184:163-168

- ³⁷ Sapara A, Cooke M, Fannon D, Francis A, Buchanan RW, Anilkumar APP, Barkati I, Aasen I, Kuipers E, Kumari V. Prefrontal cortex and insight in schizophrenia. A volumetric MRI study. *Schizophrenia Res* 2007; 89:22-34
- ³⁸ Schout G. Zorgvermijding en zorgverlamming. Proefschrift RUG 2007. Pag. 203, Uitgave Lentis, Zuidlaren
- ³⁹ Staring ABP, Mulder CL, van der Gaag M, Selten JP, Loonen AJM & Hengeveld MW. Understanding and improving treatment adherence in patients with psychotic disorders; a review and a proposed intervention. *Current Psychiatry Reviews*, 2006; 2(4): 487-494
- ⁴⁰ Steel J, Thornicroft G, Birmingham L, Brooker C, Mills A, Harty M, Shaw J. Prison mental health inreach services. *Brit J Psychiatry* 2007; 190:373-347
- ⁴¹ Stolker JJ, Hugenholtz GW, Heerdink ER, Nijman HL, Leufkens HG, Nolen WA. Separatie van opgenomen psychotische patiënten: later bij gebruik van antipsychotica en mogelijk minder vaak. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2003; 147: 557 – 561
- ⁴² Sytema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, Wiersma D. Assertive Community Treatment in the Netherlands, a randomized clinical trial. *Acta Psychiatrica* 2007; 116:105-112
- ⁴³ Tam C, Law S. A systematic approach to the management of patients who refuse medications in an Assertive Community Treatment team setting. *Psychiatr Serv* 2007 58: 457 – 459
- ⁴⁴ Torrey EF & Zdanowicz M. Outpatient commitment: what, why and for whom. *Psychiatric Services* 2001, 52: 337-341
- ⁴⁵ Ven-Dijkman MV van den, Schoevers RA, Sikkens EPK, Koelen J, Mulder CL. Toepassing en effecten van dwangopname: de wetenschappelijke onderbouwing. In: Onderzoeksverslag ten behoeve van de ontwikkeling van een richtlijn dwangopname in het kader van de wet BOPZ in Nederland. Schoevers RA, Stikker T, Ven-Dijkman MV, Sikkens EPK, redactie. Mentrum Amsterdam, 2006
- ⁴⁶ Veldhuizen R. FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal* 2007; 43:421-433
- ⁴⁷ Vreugdenhil C, Doreleijers T, Vermeiren R, Wouters LF, Brink W van den. Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:97-104
- ⁴⁸ Werf LJ van der. De separeer en de prikkelarme omgeving. www.signalsymposia.com. 2004
- ⁴⁹ Wiersma AJ, Poodt H, Mulder CL. Effects of community care networks on psychiatric emergency contacts, hospitalisation and involuntary commitment. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007; 61:613-618

*Deze publicatie betreft een oratie aan
de Erasmus Universiteit Rotterdam*

ISBN 97-8907790-64-39

